

Rehabilitación con puente fijo por bruxismo severo. Presentación de un caso

Sair Andrés Miquet Vega^{1*}, Katheryn Sánchez Acosta¹, Beatriz Martí Sánchez¹, Adrián Bravet Rodríguez²

¹Estudiante de 5^{to} año de Estomatología. Instructor no Graduado de Prótesis Estomatológica. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas "Manuel de Jesús Cedeño Infante", Bayamo, Granma-Cuba.

²Especialista de I grado en Estomatología General Integral. Especialista de I grado en Prótesis Estomatológica. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Clínica Universitaria de Especialidades Estomatológicas "Manuel de Jesús Cedeño Infante", Bayamo, Granma-Cuba.

Recibido: 03/09/17 | Revisado: 28/10/17 | Aceptado: 29/11/17 | Online: 29/12/17

*Correspondencia: (S.A. Miquet Vega). Correo electrónico: sair14@nauta.cu

Cómo citar este artículo: Miquet SA, Sánchez K, Martí B, Bravet A. Rehabilitación con puente fijo por bruxismo severo. Presentación de un caso. 16 de Abril. 2017;56(266):165-169.

Resumen

El bruxismo es la acción de apretar y rechinar los dientes sin propósitos funcionales. El tratamiento en casos severos después de determinada y eliminada la causa es la rehabilitación mediante aparatos protésicos. Se presenta el caso de un paciente masculino, de 33 años de edad, que acudió a la consulta de prótesis estomatológica refiriendo presentar afectación en dientes anterosuperiores, con antecedentes de bruxismo severo. Al examen clínico se observa pérdida de la integridad de los incisivos superiores, pérdida de la dimensión vertical oclusiva y dientes perdidos a causa del mismo bruxismo. Se restituyeron protésicamente. El puente fijo rígido constituyó un tratamiento clínicamente satisfactorio y efectivo a corto y largo plazo, demostrándose la validez de su uso. Restableció las funciones de masticación, estética y fonética.

Palabras clave: puente fijo, bruxismo, rehabilitación protésica

Rehabilitation with fixed bridge by severe bruxism. A case report

Abstract

Bruxism is the action of pressing and to squeak the teeth without functional purposes. The treatment in severe cases after certain and eliminated the cause is the rehabilitation mediating prosthetics apparatuses. The case of a 33-year-old male patient that went to the consultation of dental prothesis service referring to present affectation in upper anterior teeth, with antecedents of severe bruxism. To the clinical exam it is not observed loss of the integrity of the upper incisors, loss of the vertical occlusive dimension and lost teeth by bruxism without prosthetic restoration. Fixed rigid bridge constituted a treatment clinically satisfactory and effective to short and long term, being demonstrated the validity of its use. It reestablished the mastication functions, aesthetics and phonetics.

Keywords: fixed bridge, bruxism, prosthesis rehabilitation

Introducción

El bruxismo se define como el contacto no funcional de los dientes, e incluye contracción de los músculos masticatorios, rechinar los dientes, movimientos de molienda o raspadura y golpeteo de los dientes. Aproximadamente 15% de los adultos mayores con discapacidad presentan este hábito deletéreo¹.

Un dato característico es el desgaste excesivo de la cara oclusal. El dolor que surge con este hábito suele asumir la forma de dolor de los músculos de la masticación y con menor frecuencia disfunción de la articulación temporomandibular o cefalea¹.

No existe un factor único responsable del bruxismo. Debe coincidir un factor de sobrecarga psíquica, aumento del nivel de estrés, asociado a algún tipo de interferencia oclusal. Los factores genéticos y alérgicos deben ser tomados en consideración en la etiología del bruxismo así como el déficit de sustancias nutricionales, como el magnesio y en niños con daño cerebral.

Para muchos investigadores es un desorden del sueño relacionado con el estrés y presenta una naturaleza cíclica. Es más frecuente entre 19 y 45 años, aunque puede presentarse en niños, frecuentemente en las etapas de dentición mixta^{1,2}.

El puente fijo, también llamado prótesis parcial fija, se emplea para restaurar la pérdida de dientes y encía fijándolo a las piezas dentales vecinas y cementándolo en el lugar que le corresponde para obtener una buena función masticatoria y estética. La razón es que tal y como el término revela, está fija en el lugar no pudiendo ser retirada por la persona que la usa. Tiene una gran durabilidad, estabilidad de color y resistencia al desgaste³.

Su estructura puede ser de material acrílico, cerámico o de metal, aunque el más utilizado en el mundo es la porcelana. Existen actualmente porcelanas tan fuertes o duras como el metal. Con la diferencia que son altamente estéticas, simulando perfectamente los dientes naturales³. Los dientes que son preparados para servir de pilares a un puente, son previamente desgastados (tallados) y eventualmente desvitalizados³.

Teniendo en cuenta la importancia del puente fijo en la rehabilitación protésica estomatológica; resultó ser la premisa para lograr un acercamiento sobre el uso de las mismas como alternativa ante un bruxismo severo.

Presentación del caso

Paciente masculino de 33 años de edad que acudió a la consulta de prótesis estomatológica de la Clínica de Especialidades “Manuel Cedeño” de Bayamo, Granma remitido de atención primaria por presentar afectación en dientes anterosuperiores, con antecedentes de bruxismo. Expresó en el interrogatorio que sufrió hace aproximadamente 3 años un accidente automovilístico que le causó traumas y consecuencias psíquicas como depresión, angustia, alteraciones nerviosas, insomnio, y manifestaciones de bruxismo severo.

Recibió atención médica y psicológica por 8 meses, tiempo suficiente para desarrollar facetas de desgaste oclusales no funcionales tan graves que tuvo que perder dos dientes (23 y 24), así como pérdida de integridad de la corona de los cuatros incisivos superiores, mialgia y sensación de cansancio de los músculos masticatorios.

Hace aproximadamente 1 año recibió tratamiento estomatológico, donde se le explicó su situación y que dada la gravedad la conducta a seguir más idónea por la especialidad era remitirlo a la consulta de prótesis.

Fase inicial del tratamiento protésico

Se tuvieron en cuenta las diferentes etapas diagnósticas como determinante fundamental del éxito. Salud general y bucal satisfactoria, no hábitos tóxicos. Al examen clínico se observó pérdida de la integridad de la corona a nivel de 11, 12, 21 y 22, pérdida de la dimensión vertical oclusiva (DVO).

Dientes perdidos no restituidos protésicamente a nivel de 23 y 24. (Figura 1). Para arribar a un adecuado diagnóstico, y posterior tratamiento se realizó la historia clínica, y posterior la selección los dientes artificiales de acuerdo a tamaño, forma y color.

Fase terapéutica del tratamiento protésico

Se inició con la preparación de las coronas a nivel de 11, 21 y 22. Se tomaron impresiones obteniéndose modelos de estudio, luego en el laboratorio se hicieron preparaciones en el modelo de trabajo y confección de férula deacrílico.

Aprovechando la existencia del tratamiento pulporradicular (TPR) en el 12, se colocó una corona con espiga deacrílico, y se agregaron los pnticos a nivel de 23 y 24 los cuales se reforzaron internamente con una lámina de alambre 0.7 (figura 2); además, se fijaron con

un retenedor colocado dentro de la restauración de 25 ocluso-mesial de amalgama de plata, la cual se sustituyó por resina fotopolimerizable.

Se logró adecuada estabilidad primaria. Lo que permitió, según lo planificado, pasar a la fase de rehabilitación protésica, o sea la instalación del puente fijo rígido anterior deacrílico (figura 3). Luego se le entregó una férula deacrílico como tratamiento para el bruxismo y para proteger la restauración.



Figura 1. Fase inicial. **Figura 2.** Fase terapéutica. **Figura 3.** Puente fijo instalado.

El plan de tratamiento siguió el siguiente orden³:

1. Examen físico.
2. Establecimiento del diagnóstico y pronóstico del caso.
3. Preparación previa de la boca.
4. Impresiones y modelos.
5. Preparación en el modelo de trabajo.
6. Instalación.
7. Controles de la prótesis instalada.

Orientaciones al paciente^{4,5}

Se le indicó que por sí solo no podía ni debía retirar la prótesis, que debía mantener sus encías y dientes saludables cepillándose con una pasta de dientes con flúor por lo menos 4 veces al día después de las comidas, utilizando el hilo dental y enjuague bucal diariamente. Además consultar al estomatólogo periódicamente para que se le realicen revisiones o controles y limpiezas

profesionales. Para prevenir daños a su nueva corona o puente, evite masticar alimentos duros, hielo u otros objetos duros.

Fase de controles protésicos

El primer control se realizó a las 48 horas y el segundo a los 7 días. Se realizaron chequeos periódicamente, a los tres y seis meses, lo que permitió asegurarse de la buena salud de los diferentes elementos, estos comprendieron radiografías y verificación de la estabilidad de la oclusión.

En un período transcurrido de 8 meses el paciente se encontraba asintomático y con buena evolución clínica. El paciente refiere sentirse satisfecho con su rehabilitación protésica, lográndose el restablecimiento de las funciones perdidas.

Discusión

El bruxismo se considera un mecanismo por el cual se eliminan las interferencias que no son eliminadas por la atrición. Existen 2 tipos de bruxismo: céntrico (apretamiento) y excéntrico (frotamiento) y puede ser nocturno y diurno. Por lo general, el paciente bruxópata nocturno no es consciente del problema, y los datos de esta parasomnia proceden de los compañeros de cama o habitación alarmados por el ruido de los dientes, y también de los estomatólogos que observan la destrucción del esmalte y la dentina^{2,6,7}.

Ninguno de los signos y síntomas del bruxismo tiene carácter patognomónico, por lo que se deben analizar y valorar cada uno en los pacientes durante el examen clínico, apoyados en los datos que pueda aportar en el interrogatorio, de estar el paciente consciente del hábito. Entre los que podemos encontrar sonidos oclusales audibles, facetas de desgaste oclusales no funcionales, erosión al nivel cervical de los dientes, fractura de dientes y restauraciones, con la aparición de bordes filosos que frecuentemente lesionan la mucosa, movilidad dentaria, hipertonicidad muscular con hipertrofia, trismo y limitación de los movimientos, mialgia de los músculos masticatorios y sensación de cansancio^{1,8,9}.

En la rehabilitación estomatológica no siempre se tienen las condiciones para elaborar un plan de tratamiento empleando procedimientos convencionales, debiendo recurrir al conocimiento científico y a técnicas más complejas para resolver una situación clínica, las cuales deben garantizar la integración funcional e integral de la rehabilitación protésica en el sistema estomatognático. La sustitución de dientes en el sector anterior es un reto en cuanto al resultado final del paciente.

En este tratamiento disponíamos de varias posibilidades después de determinada y eliminada la causa, alguna de ellas no aceptadas por el paciente, como fue la colocación de una prótesis parcial removible que por sus características y experiencias previas no las deseaba, así como un puente fijo voladizo pero dada la

pérdida de varios dientes no se podía determinar el diente pilar de forma adecuada.

Apoyados en numerosos estudios y dado el gran desgaste de las superficies de los dientes anteriores, la pérdida de dos dientes (23, 24) por el bruxismo severo, las molestias que le causan al paciente, la necesidad de restablecer las funciones perdidas (estética, masticación, fonéticas, entre otras), además de ser una mejor opción en comparación con las prótesis removibles y la petición del paciente que de que si no se resuelve el problema de salud puede experimentar alteraciones psíquicas, se indica como tratamiento adecuado rehabilitación con puente fijo rígido anterior de acrílico¹⁰⁻¹³.

El puente fijo rígido anterior es aquel que no permite el movimiento dependiente o individual de los dientes de soporte y que ocupa la región de los incisivos y caninos^{3,14-16}.

Los datos recogidos en la historia clínica realizada al paciente durante el tratamiento en dicha unidad y los factores asociados al paciente, al diente y al profesional, formulaban que el criterio siempre para este caso fue de favorable. El caso presentado demuestra la validez de la rehabilitación con puente fijo rígido de acrílico.

Conclusiones

El puente fijo rígido anterior de acrílico constituyó un tratamiento clínicamente satisfactorio y efectivo a corto y largo plazo pues restableció las funciones de masticación, estética y fonética, además de que mejoró la calidad de vida y socialización del paciente, puesto que se realizó un tratamiento rápido y seguro. El puente fijo rígido en el campo de la rehabilitación protésica es sustancial, teniendo en cuenta su potencial quirúrgico, mecánico y psíquico.

Autoría

Los autores participaron en igual medida en la realización del estudio y aprobaron la versión final para publicar.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento informado del paciente para el empleo de este material con fines científicos.

Agradecimientos

Ninguno.

Referencias

1. González G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
2. Garrigó MI, Sardiña S, Gispert E, Valdés P, Legón N, Fuentes J, et al. Guías Prácticas de Estomatología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
3. González G, Ardanza P. Rehabilitación protésica estomatológica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
4. García L, Ley L, Silva Y, López E. Rehabilitación protésica inmediata por fracaso de un reimplante dentario: presentación de un caso. AMC. 2015;18(5):545-555.
5. Muñoz A, Mollo JF, Belloto C, Muñoz OF. Instalación inmediata de prótesis provisionales en la reapertura de implantes. Rev Cubana Estomatol. 2017; 44(1).
6. Ordaz E, Rodríguez EZ, Somonte H, Marimón ME, Fleitas D. Rehabilitación protésica combinando implante-diente natural. Rev Ciencias Médicas. 2016;17(5):187-195.
7. Casals Y, Montero ME, González G. Prevalencia de secuelas de traumatismos en dientes temporales en niños institucionalizados del municipio Playa. Rev Cubana Estomatol. 2016;48(1).
8. González E, Peláez AB, Coro G, Afre A. Traumatismos dentales en pacientes especiales. Rev Ciencias Médicas. 2017;12(2).
9. Coelho RS, Santos E, Cimões R, Santos L, Moreira RL. Movilidad dentaria en la periodontitis crónica. Acta Odontol Venezolana. 2016;49(4).
10. Vinas M, Algozain Y, Rodríguez R, Álvarez L. Comportamiento de los traumatismos dentoalveolares en alumnos de las ESBUs del municipio Artemisa. Rev Cubana Estomatol. 2017;46(4).
11. Fernández ME, Rodríguez A, Vila D, Pérez M, Bravo B. Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores. Rev Cubana Estomatol. 2016;50(2).
12. González V. Traumatismos dentoalveolares [página web en Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.uc.cl/dge/salud/html/contenido/dental/quesontraumatismos.htm>
13. Concepción T, Sosa HP, Guerra JA. El trauma dental en la Atención Primaria de Salud. Rev Ciencias Médicas. 2015;17(2).
14. Legañoa J, Landrian C, Arias S, Legañoa J, Travieso Y. Nivel de información sobre traumatismos dentoalveolares en padres y educadores. AMC. 2017;13(4).
15. Alonso B. Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. 2^{ed}. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008.
16. Cameron A, Widmer R. Manual de odontología pediátrica. 3^{ed}. Barcelona. España: Editorial Mosby; 2010.